

【男性】

1 基本情報

全て必須

ID:

ご予約日	西暦	年	月	日
------	----	---	---	---

	姓	名
ふりがな		
氏名		

生年月日	西暦	年	月	日
------	----	---	---	---

年齢	歳
----	---

〒	-
住所	

※郵送の際に当院の封筒を使用してもよろしいですか(選択) はい いいえ

携帯番号	
------	--

電話番号(自宅)	
----------	--

メールアドレス	
---------	--

職業	
----	--

身長	cm
----	----

体重	kg
----	----

他のリプロダクションクリニックの診察券をお持ちの方は下記にIDをご記入ください

リプロ大阪	
-------	--

リプロ東京	
-------	--

2 男性問診票

全て必須

当院で希望する治療に○印を記載(選択)

検査	タイミング法	人工授精	体外受精／顕微授精
TESE	セカンドオピニオン	その他()	

当院に来られたきっかけは何ですか(選択)

医師の紹介()	知人の紹介()	雑誌	本
テレビ	インターネット	石川ブログ	その他

結婚していますか(選択)

はい	いいえ(離婚 再婚 婚約)
----	---------------

結婚されている場合、それはいつですか

①	年	月	①	年	月
---	---	---	---	---	---

再婚の場合、前妻との間に妊娠したことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

妊娠を目指したのはいつ頃からですか

年	月
---	---

避妊期間がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、いつからいつまでですか

年	月	～	年	月
---	---	---	---	---

性行為に支障がありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

今までに不妊症の検査をしましたか(選択)

はい	いいえ
----	-----

性機能についてお尋ねします

性欲はありますか(選択)

ある	ない
----	----

勃起しますか(選択)

する	しない
----	-----

射精しますか(選択)

する	しない
----	-----

性行為の回数(1週間あたり)

回

精液検査を受けたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

男性不妊としての治療を受けたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

39℃以上の熱が出たことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

性病にかかったことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

ある場合には、その詳細をお書きください

--

睾丸を打って腫れたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

睾丸を降ろす手術をしたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

鼠径ヘルニア(脱腸)の手術をしたことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

睾丸の袋(陰のう)に水が溜まったことがありますか(選択)

ある	ない
----	----

次の病気になったことがある場合に○印を記載(選択)

結核	糖尿病	おたふく風邪
----	-----	--------

ステロイドホルモンまたは精神科の薬を使ったことがありますか(選択)

	ある	ない
--	----	----

薬剤や食物で何か症状が出たことがありますか(選択)

はい	いいえ
----	-----

ある場合には、名前と症状をお書きください

タバコを吸いますか(選択)

はい:1日()本	いいえ
-----------	-----

お酒を飲みますか(選択)

はい:週に()回	いいえ
-----------	-----

食欲はありますか(選択)

普通	ない
----	----

睡眠は良好ですか(選択)

普通	悪い
----	----

便通は良好ですか(選択)

普通	悪い
----	----

小便回数は何回ですか

昼	回	夜	回
---	---	---	---

3 治療歴、妊娠歴、検査結果

	タイミング法	人工授精	採卵	胚移植	TESE
治療回数	回	回	回	回	回

妊娠したことがありますか(選択)	ある ない		
	妊娠	出産	流産
回数	回	回	回

出身地(生まれた所)はどこですか(都道府県名)

本日の精液検査の禁欲期間は何日ですか

万一輸血が必要になった場合、何か問題がありますか(選択)

日
はい いいえ

★ここまで必須

~~~~~

感染症採血(過去1年以内のデータのみ記載) \* 採血データはコピーを持参してください

| 妻     | 採血日 | (+) or (-) | 夫     | 採血日 | (+) or (-) |
|-------|-----|------------|-------|-----|------------|
| RPR   |     |            | RPR   |     |            |
| TPHA  |     |            | TPHA  |     |            |
| HBsAg |     |            | HBsAg |     |            |
| HCV   |     |            | HCV   |     |            |
| HIV   |     |            | HIV   |     |            |

| 妻   | ABO型 | Rh型 | 夫   | ABO型 | Rh型 |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 血液型 |      |     | 血液型 |      |     |

#### 4 手術、投薬歴

|    | 年～年  | 疾患名    | 使用薬剤(内服、注射、点鼻、貼付、座薬) | 病院名  |
|----|------|--------|----------------------|------|
| 例1 | 1990 | 鼠径ヘルニア | 手術                   | 〇〇病院 |
| 例2 | 2013 | 前立腺炎   | 抗生剤服用                | 〇〇医院 |
| 1  |      |        |                      |      |
| 2  |      |        |                      |      |
| 3  |      |        |                      |      |
| 4  |      |        |                      |      |
| 5  |      |        |                      |      |

現在使用中の薬剤を記載

|   | 疾患名  | 使用薬剤と量 |
|---|------|--------|
| 例 | 勃起障害 | パイアグラ  |
| 1 |      |        |
| 2 |      |        |
| 3 |      |        |
| 4 |      |        |
| 5 |      |        |
| 6 |      |        |